

申請者

住　　所

柏市柏下△-□-〇

ふりがな氏　　名

かしわ　はなこ
柏　花子

電話番号

0 4 - 〇〇〇〇 - △△△△

メールアドレス

kashiwa-hanako@kashiwa.mail.com

柏市骨髄ドナー助成金交付申請書兼実績報告書兼請求書（ドナー用）

柏市補助金等交付規則の規定により、柏市骨髄ドナー助成金の交付を受けたいので次のとおり申請、実績報告及び請求します。

1　申請内容

ド ナ ー （ 提 供 者 又 は 中 止 者 ）	ふりがな	かしわ　はなこ		
	氏名	柏　花子	日	
	住所	柏市柏下△-□-〇	骨髄等採取日（又は中止日）の翌日から起算して 1年以内に申請してください。	
	性別	☐ 男		
	骨髄等採取日 （又は中止日※1）	〇〇〇〇年　××月　△△日		
	対象日数（※2）	最大7日間 → 7 日間	申請金額（※2）	140,000 円
職業について （該当する場合は☑）	☐ 国及び地方公共団体並びに 独立行政法人の職員である	勤務先における ドナー休暇制度	☒ 有 ☐ 無	

（※1）中止日は、提供中止に関するお知らせ文書の発行日を記入してください。
（※2）ドナーが通院・入院に要した日数に応じて助成金を交付します。
（1日につき2万円。7日を上限とする。）
例）健康診断に係る通院／自己血貯血に係る通院／骨髄等の採取に係る入院／
骨髄バンクが必要と認める通院・入院及び面接

2　同意事項（□に☑を付けてください）

・助成金交付審査のため、柏市が住民基本台帳の記録に関する事項を確認すること

☒ 私は上記事項について同意します。

3　誓約事項（□に☑を付けてください）

・他の地方公共団体により柏市骨髄ドナー助成金に相当する助成金又はその他これに類するものの交付を受けていない。
・柏市骨髄ドナー助成金の申請条件を全て理解した上で申請し、申請内容及び添付書類に虚偽はない。

☒ 私は上記事項について誓約します。

交付決定された助成金については下記口座に振り込んでください。

金融機関名										支店名等	
〇〇〇〇										銀行 金庫 農協 信組	本店 支店 出張所
預金種目 口座番号	普通	1	2	3	4	5	6	7	フリガナ	カシワ　ハナコ	
	当座								口座名義	柏　花子	
	貯蓄										

※振り込み先の名義は「申請・請求者」のものに限ります。

★添付書類について

【提供者の場合】

・骨髄バンクが発行する骨髄バンク事業に関する手続きがなされたことを証明する書類

【中止者の場合】

・骨髄バンクが発行する骨髄等提供中止に関するお知らせ文書

・骨髄バンクが発行する骨髄バンク事業に関する手続きがなされたことを証明する書類

※最終説明及び同意書の作成より後の手続きに至らなかった場合は、

最終同意書（写し）の提出も必要です。

1日につき2万円

・ドナー休暇制度とは、骨髄・末梢血幹細胞提供に要する期間、通常の年次有給休暇等とは別の特別休暇を取得することができる制度を指します。
・ドナー休暇の取得を認める国内の事業所（国及び地方公共団体並びに独立行政法人を除く。）も助成対象となります。別途、事業所用様式にてご申請ください。